Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg.
Vorstand: Professor Dr. Reichardt.

Über die Prognose der mit Malaria behandelten Paralyse

Inaugural-Dissertation

verfaßt und

der Hohen Medizinischen Fakultät
der Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

J. Gladisch
Assistenzarzt an der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Tost O/S.

Würzburg
C. J. Becker Universitäts-Druckerei
1938.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Berichterstatter: **Professor Dr. Reichardt**

Meiner lieben Frau!

Inhaltsübersicht.

I. Geschichtlicher Überblick über die Infektionstherapie 5

II. Die Impfmalariabehandlung der progressiven Paralyse. Die ersten Behandlungsversuche und kurzer Abriß über die durch andere Autoren erzielten Behandlungsresultate 7

III. Untersuchungen und Resultate der Prognose der in der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Tost mit Malaria behandelten Paralytiker 11

IV. Gesamtüberblick 23

Bevor ich auf die Prognose der mit Malaria behandelten Paralyse eingehe, möchte ich einleitend, auch auf die Gefahr hin, Bekanntes zu wiederholen, einen kurzen Abriß über die bisherige Paralysetherapie vorausschicken.

I. Geschichtlicher Überblick über die Infektionstherapie.

Obwohl erst seit Mitte des vorigen Jahrhunderts der Symptomenkomplex bzw. das klinische Bild der progressiven Paralyse feststand, so war doch die klinische Psychiatrie stets bestrebt, auf den Verlauf der progressiven Paralyse irgendwie therapeutisch einzuwirken. Wenn auch die Dementia paralytica als eine fortschreitende, unheilbare, innerhalb weniger Jahre zum Tode führende Krankheit galt, so vermochte doch diese Lehre keine hemmende Wirkung auf die zum Wesen des ärztlichen Denkens und Schaffens gehörende Heilbestrebung auszuüben, und so hat es nie an Bemühungen gefehlt, die Paralyse irgendwie heilend zu beeinflussen. Einschlägige Mitteilungen reichen in ihren Anfängen auf mehr als ein Jahrhundert zurück. Es gibt kaum ein Verfahren, das nicht gegen diese Krankheit in Anwendung gebracht wurde, selbst mehr oder minder heroische Maßnahmen wurden gegen sie versucht. Hin und wieder wurde auch über Heilerfolge berichtet, doch waren die erzielten Erfolge gering. Aber solange noch kein gangbarer Weg sichtbar war, mußte man sich naturgemäß bescheiden.

Erst die Sicherung der luigenen Natur der Paralyse mit dem Schlußstein des Beweisgebäudes durch Noguchi 1913 eröffnete die Erkenntnis einer hoffnungsvollen Aussicht auf eine günstige Beeinflussung des Leidens mittels spezifischer Behandlung und führte zu einer weitverbreiteten aktiven Anwendung antisyphilitischer Kuren in verschiedenen Anwendungsformen. So hoffte man den Spirochäten im Gehirn direkt oder indirekt beizukommen, sie entsprechend zu schädigen und ihre Vermehrung zu verhindern. Und es schien tatsächlich, als wenn das Dogma der Unheilbarkeit der Paralyse ins Wanken gekommen wäre.

Es wäre unmöglich, auf alle zum Teil schon verlassenen Versuche im einzelnen einzugehen, nur in großen Zügen sei darauf hingewiesen.

Quecksilber in mannigfacher Form wurde von verschiedenen Seiten verwandt. Graue Salbe, Sublimat, Calomel, Oleum cinereum, Mercinol, Novasurol und viele andere Präparate wurden angewandt; einzeln wie auch in Verbindung mit Jod, Thyreoidin, Arsen usw. Aber die Erfolge, die man von diesen Mitteln erwartet hatte, blieben aus. Zwar wurden einige Besserungen erzielt, doch waren sie nur von geringer Dauer. Den paralytischen Krankheitsprozeß vermochten sie nicht aufzuhalten. Große Hoffnungen setzte man nun auf das von Paul Ehrlich entdeckte Salvarsan. Alle nur erdenklichen Einverleibungsmethoden wurden ausgeführt: intravenös, interarteriell, intralumbal, intraspinal, intracraniell und schließlich endocraniell. Aber die Erfolge, die man von dem Salvarsan mit seinen Derivaten und den verschiedenen Einverleibungsmethoden bei der Behandlung der progressiven Paralyse erwartet hatte, blieben aus. So hat die spezifische Therapie die Erwartungen, die man auf sie gesetzt hatte, nicht erfüllt. Es trat jetzt die Notwendigkeit, nach anderen therapeutischen Mitteln Umschau zu halten, immer mehr in den Vordergrund.

Den Ausgangspunkt der unspezifischen Behandlungsversuche der progressiven Paralyse bildete eine uralte Erfahrung und Beobachtung, wonach Geisteskrankheiten unter interkurrenter, fieberhafter Erkrankung günstig beeinflußt werden. Schon Hippokrates maß in gewissem Sinne dem Fieber eine heilkräftige Bedeutung zu, und Galenus sprach bereits von Heilung einer Melancholie durch Malaria. Besonders reich ist die Literatur aus der Mitte und der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts an kasuistischen Aufzeichnungen über weitgehende Besserungen und Heilungen von Psychosen im Gefolge interkurrenter, fieberhafter Infektionen. Es geht aus denselben hervor, daß bei den verschiedensten fieberhaften Krankheiten (Typhus abdominalis, Febris intermittens, Cholera, Variola, Erysipel, Scarlatina und Morbilli, Pneumonie, chronische Eiterungen, Phlegmonen, Abszesse und noch viele andere) eine günstige Einwirkung auf den Verlauf von Geisteskrankheiten beobachtet wurde und viele Autoren im Laufe der Zeiten sich damit befaßt und Beobachtungen angestellt haben. Es würde jedoch zu weit führen, an dieser Stelle auf die einzelnen Autoren und deren Beobachtungen einzugehen. Von den drastischen Maßnahmen, die sicherlich auch auf diesen Beobachtungen fußen und in der Mitte des vorigen Jahrhunderts bei der Behandlung von Geisteskrankheiten ausgeübt wurden, möchte ich nur die im Jahre 1854 von Jakobi angewendete und in späteren Jahren durch L. Meyer besonders bei der Paralyse versuchte Therapie mittels Anwendung von Autenriethscher Brechweinsteinsalbe erwähnen. Auch später haben einige Autoren dieses

Verfahren noch angewendet, doch wurde diese drakonische Therapie bald verlassen und geriet langsam in Vergessenheit.

Die vorher genannten Beobachtungen und Erfahrungen über die günstige Beeinflussung von Psychosen durch fieberhafte Krankheiten wurden zwar registriert, jedoch nicht in hinreichender Weise für die Behandlung der Paralyse ausgewertet. Erst v. Wagner-Jauregg hat, angeregt durch die erwähnten Gelegenheitsbeobachtungen im Jahre 1887, ein akutes Vorgehen mit Malaria und Erysipel vorgeschlagen und 1891 Versuche mit Tuberkulin begonnen. Seine Kühnheit trug ihm zunächst manche Anfeindungen ein, die sich bis zur Pressebeleidigung von „der Bestie im Doktorhut" steigerten, während analoge Versuche zum ärztlichen Schrei nach dem Staatsanwalt veranlaßten. Unbeirrt jedoch setzte von Wagner-Jauregg seine begonnenen Tuberkulinversuche fort, und konnte im Jahre 1909 zum ersten Male über beachtenswerte Resultate bei der progressiven Paralyse berichten. So hatte also die Tuberkulinkur, deren Erfolge auch von anderen Autoren bestätigt wurden, den Beweis erbracht, daß die anscheinend unheilbare Krankheit Paralyse doch zu beeinflussen war. Außer der Methode der Tuberkulinkur wurden im Laufe der Jahre noch weitere Versuche mit anderen Bakterienstoffen, wie Typhusvakzine und abgetöteten Staphylokokkenkulturen, unternommen, die ebenfalls erfreuliche Resultate zeitigten. Neben den spezifischen Reizmitteln wurden auch mannigfache unspezifische Reizmittel, wie Albumose, Milchpräparate, Yatren-Casein, Chaulmograöl usw., vor allem aber Natrium nucleinicum und Phlogetan angewendet, mit denen bei der Behandlung der Paralyse ebenfalls günstige Resultate erzielt wurden.

II. Die Impfmalariabehandlung der progressiven Paralyse. Die ersten Behandlungsversuche und kurzer Abriß über die durch andere Autoren erzielten Behandlungsresultate.

Seinen Vorschlag von 1887, fieberhafte Krankheiten direkt zu übertragen, besonders Malaria, verwirklichte v. Wagner-Jauregg in höchst dankenswerter und Erfolg gekrönter Initiative im Jahre 1917. Damit beginnt die Ära der Infektionstherapie der Paralyse.

Die ersten Behandlungsversuche mit Malaria führte v. Wagner-Jauregg im Jahre 1917 durch. Schon diese ersten Versuche waren mit Erfolg gekrönt, erreichten doch von 9 Fällen 4 Remissionen bis zur Berufsfähigkeit und Berufstätigkeit, zwei Kranke konnten wenigstens wieder außerhalb der Anstalt selb-

ständig leben. Seit 1919 kam die Malariatherapie in der Wiener Klinik in zunehmendem Maße zur Anwendung und hat sich von allen bisher angewendeten therapeutischen Maßnahmen als die aussichts- und erfolgreichste erwiesen. Seither ist die Malariaimpfkur an den verschiedensten psychiatrisch-neurologischen Kliniken und Anstalten in allen Teilen Europas und Außereuropas eingeführt und in stärkstem Maße angewendet worden. Es ist nun in den letzten Jahren über die Malariabehandlungsmethode eine unübersehbar gewordene Zahl von großen und kleinen Berichten durch die Autoren fast aller Länder veröffentlicht worden. Diese alle hier anzuführen, ist im Rahmen meiner Arbeit unmöglich. Ich will mich daher in Kürze nur darauf beschränken, hier nur auf jene Abhandlungen einzugehen, die über ein großes Erfahrungsmaterial verfügen.

An erster Stelle ist die Wiener Klinik zu nennen. Gerstmann berichtet, daß von 284 Fällen 202 Fälle Remissionen verschiedener Abstufung mit ausgesprochenem Parallelismus zwischen Stadium und Form des Krankheitsprozesses und dem Zeitpunkt des Einsetzens der Remission sowie dem endgültigen Grade ihrer Ausprägung zeigten. Die Grade dieser Remissionen präsentierten sich in folgender Weise: 112 (in der Mehrzahl incipientere) Fälle zeigten den Grad einer Vollremission, d. h. einer Remission mit Wiedererlangung der vollen Berufstätigkeit und ohne irgendwelche residuäre Zeichen der bestandenen psychischen Defektuosität. Die weiteren 90 (überwiegend fortgeschrittenere) Fälle wiesen den Grad einer mehr oder minder unvollkommenen Remission auf, d. h. einer Remission mit mehr oder minder ausgesprochenen Residuen psychischer Defektuosität. Bei 58 dieser Fälle ist die Remission so weit vor sich gegangen, daß vorher oft stark demente Kranke durchaus geordnet, umgänglich, unauffällig, und gesellschaftsfähig wurden und einen relativ beträchtlichen Grad von Arbeitsfähigkeit erlangten; manche dieser Fälle waren in einfachen Berufszweigen erwerbsfähig geworden. Bei den übrigen 32 auffällig und arbeitsunfähig gebliebenen Fällen, in denen es sich um weiter fortgeschrittene Formen und entsprechend lange Krankheitsdauer handelte, äußerte sich die Remission lediglich in einer gewissen Intensitätsabnahme der Demenz und in der Ermöglichung einer Lebensführung in häuslicher Umgebung wie auch ferner in weitgehend günstiger Beeinflussung etwaiger paralytischer Anfälle und eventueller Besserung bzw. Rückbildung paralytischer Sprachstörung. Eine Sichtung des Beobachtungsmaterials ergab, daß die vollen Remissionen eine ausgesprochene Dauerhaftigkeit erkennen ließen. Die ältesten dieser Fälle erreichten eine volle Remission bis zu einer Dauer von fünf Jahren. Das Auf-

treten eines Recidivs unter den Fällen mit voller Remission wurde — mit vereinzelten Ausnahmen — nicht beobachtet. Auch in Fällen unvollkommener Remission zeigte sich eine deutliche Neigung zu Dauerhaftigkeit, wenn auch nicht in dem Ausmaß, wie in den Fällen mit voller Remission.

Eine von demselben Autor zusammengestellte Gesamtstatistik von 400 in den Jahren 1917—1922 mit Malaria behandelten Paralytikern zeigte folgende Resultate: 118 Fälle, d. s. 32%, blieben auf der Stufe einer vollen Remission und 51 Fälle, d. s. 12,8%, auf der einer unvollkommenen Remission höheren Grades stationär.

Der Wiener Klinik steht zahlenmäßig am nächsten die Psychiatrische Universitätsklinik und die Staatskrankenanstalt Hamburg-Friedrichsberg. Weygandt berichtet, daß sich die Gesamtzahl der in der Hamburger psychiatrischen Klinik mit Malaria behandelten Paralysefälle in den Jahren 1919—1923 auf etwa 300 belief. In einer von ihm durchgeführten statistischen Verrechnung von nur 266, allerdings mindestens 1½ Jahr abgeschlossenen Fällen, die sich in 3 Serien von 21, 118 und 127 Fällen zusammensetzte, ergab diese 29,5% bzw. 31,4% und 38,2% volle Berufswiederherstellung und 29,5% bzw. 27,1% und 12,3% Berufswiederherstellung mit geringen Defekten. Bemerkenswert ist der älteste dieser Fälle, der, im Juni 1919 mit Malaria geimpft, bereits 4 Jahre früher irrenanstaltsbedürftig war. Die Besserung setzte nach der Impfkur langsam ein, schritt aber so weit vor, daß er einen neuen Beruf als Theaterbüroschreiber fand und später in das Bankfach erfolgreich übertreten konnte, wo er sich unter großen äußeren Schwierigkeiten beruflich mit Erfolg betätigte. Baender veröffentlichte eine statistische Gesamtzusammenstellung von den in den Jahren 1919—1923 mit Malaria behandelten 300 Paralysefällen, die folgende Resultate lieferte: 36% Vollremissionen mit seit Jahren bestehender voller Berufsfähigkeit, 16,3% unvollkommene Remissionen und 47,7% progrediente Fälle (darunter 19,3% Verstorbene).

Obige Feststellungen zeigen eindeutig Resultate, die die günstigen Erfolge der Malariabehandlung der Paralyse auch bei wachsendem Material bestätigen und beweisen, daß bei der Malariaimpfkur die Mehrzahl der behandelten Kranken in guter Remission wieder berufsfähig wird.

Nonne berichtet von der Nervenklinik in Hamburg-Eppendorf über 40 Paralytiker und 30 Tabiker, die mit Malaria behandelt wurden. Die Zahl der praktisch geheilten Kranken betrug ca. 30%.

Weeber berichtet, daß in der Irrenanstalt Feldhof 322 Fälle mit Malaria behandelt wurden. Für die ersten 150 seit 1922 behandelten Fälle ergaben sich folgende Zahlen: Vollremissionen

15 Fälle = 10%, Besserung 51 Fälle = 34%, unverändert 36 Fälle = 24% und Tod in 48 Fällen = 32%. Der Autor kam zu dem Schluß, daß selbst bei einem Irrenanstaltsmaterial, das zum größten Teil aus fortgeschrittenen Fällen besteht, diese erzielten Resultate einen bisher nie erreichten Behandlungserfolg darstellen und hält die Überlegenheit der Malariatherapie als unwiderleglich erwiesen.

Koester hat als Leiter der Fürsorgestelle für Nerven- und Gemütskranke Bonn etwa 200 mit Malaria behandelte und in seiner Fürsorge stehende Paralytiker nachuntersucht. Viele der Patienten wurden als geschäftsunfähig befunden. Besonderes Augenmerk richtete er aber auf die Erfolge bezüglich der Arbeits- und Berufsfähigkeit. Wenn auch eine größere Zahl der Kranken von Invalidenrenten und Pension lebten — K. glaubt, daß hier etwas zu weitherzig verfahren worden ist —, so betont er andererseits die zweifellosen Erfolge der Reiztherapie insofern, als die größere Zahl wieder berufs- und arbeitsfähig wurde. Diese erzielten Resultate führt er einzig und allein auf die Malariatherapie zurück.

Thoma berichtet von der badischen Heil- und Pflegeanstalt Illenau über 330 Fälle, die in den Jahren 1910 bis Mitte Juni 1926 mit Malaria behandelt wurden. Von den insgesamt 45 Remissionen der Behandelten waren 21 einfache, 8 konnten als gute, und 16 als sehr gute angesprochen werden, von denen 11 z. T. seit mehreren Jahren eine volle Berufstätigkeit zuließen, 2 wegen interkurrenter Krankheiten tödlich verliefen; von dreien waren keine näheren Nachrichten zu erhalten. Th. kommt zu dem Schluß, daß die Behandlung mit Malaria die weitaus häufigsten, besten und am längsten anhaltenden Remissionen ergeben haben.

Kasparek behandelte in der städtischen Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke Breslau 89 Fälle mit Malaria. Dabei wurde keine Auswahl getroffen bezüglich des Alters wie der fortgeschrittenen Paralysen. Nur körperliche Gebrechen wurden ausgenommen. Es wurde besonderer Wert auf die soziale Brauchbarkeit gelegt. Die Resultate waren folgende: Sozial Brauchbare bzw. bedingt Berufsfähige 29,2%, davon 9% vollkommen Berufsfähige, Sozial Indifferente 28,1%, Sozial Unbrauchbare 24,7% und Verstorbene 18% der Fälle. Diesen Behandelten wurden 89 Paralytiker gegenüber gestellt, die in der Aufnahme zeitlich vorangingen und bei deren Auswahl dieselben Gesichtspunkte maßgebend waren wie oben. Das Ergebnis war hier: 6,7% Spontanremissionen (das sind weniger als ein Viertel der Remissionenzahl der behandelten Paralytiker), 52,8% Todesfälle (das sind fast dreimal so viel) und 40,5% anstaltsbedürftig gebliebene Fälle. Der Autor erblickt seine gegenüber den Ergebnissen anderer Autoren weniger günstigen Erfolge in der Eigenart des Irrenanstaltsmaterials.

Kihn berichtet von der Erlanger Klinik über 16 Malariaimpfungen bei Paralyse: 3 erreichten gute Remissionen, 5 geringere, 5 Fälle blieben unverändert, 3 Patienten starben.

Noch eine ganze Reihe anderer Autoren, die Malariabehandlungen bei der Paralyse ausführten, haben Abhandlungen und Berichte über ihre Behandlungsergebnisse veröffentlicht. Es zeigt sich, daß diese mit den Behandlungsresultaten der vorher angeführten Autoren je nach der Natur und dem Krankheitsstadium des verwendeten Paralysematerials in den wesentlichsten Punkten übereinstimmen. Einmütig geht aber aus den geschilderten Ergebnissen hervor, daß die Malariabehandlung bei der progressiven Paralyse die Methode der Wahl darstellt.

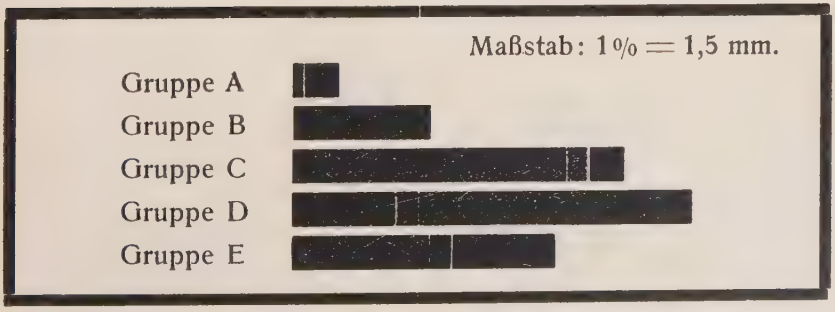
III. Untersuchungen und Resultate der Prognose der in der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Tost mit Malaria behandelten Paralytiker.

Im folgenden Kapitel sollen nun die Resultate der in der hiesigen Anstalt mit Malaria behandelten Paralytiker in eingehender Weise zur Erörterung gelangen. Die Untersuchung erfaßt die aus der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Tost entlassenen bzw. gestorbenen sowie die noch anwesenden an progressiver Paralyse leidenden Kranken aus den Jahren 1927—1937. Es sind dies 334 Fälle. Davon wurden behandelt:

Statistik I.

Mit Malaria 251 Fälle:

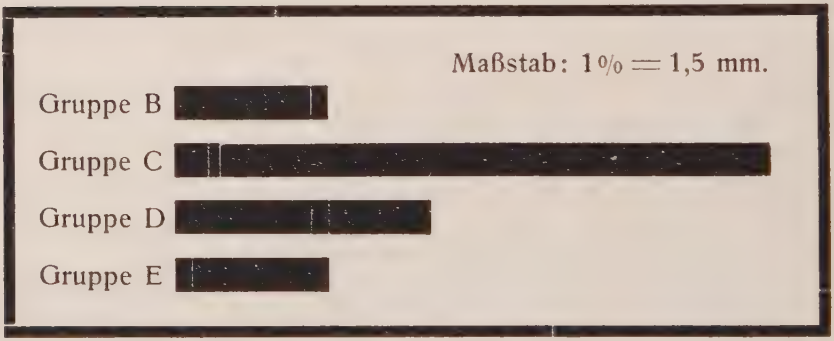
Gruppe A	8 Fälle =	3,2%
Gruppe B	29 Fälle =	11,5%
Gruppe C	72 Fälle =	28,7%
Gruppe D	86 Fälle =	34,3%
Gruppe E	56 Fälle =	22,3%
		100,0%



Statistik II.

Nach vorzeitigem Sistieren der Impfmalaria mit Pyrifer 23 Fälle:

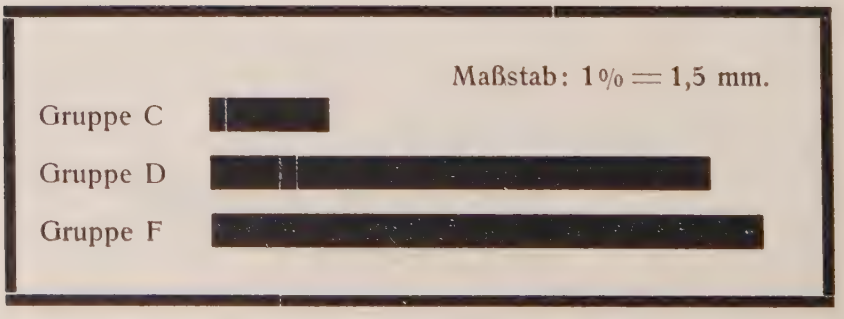
Gruppe B	3 Fälle	= 13,0%
Gruppe C	12 Fälle	= 52,2%
Gruppe D	5 Fälle	= 21,8%
Gruppe E	3 Fälle	= 13,0%
		100,0%



Statistik III.

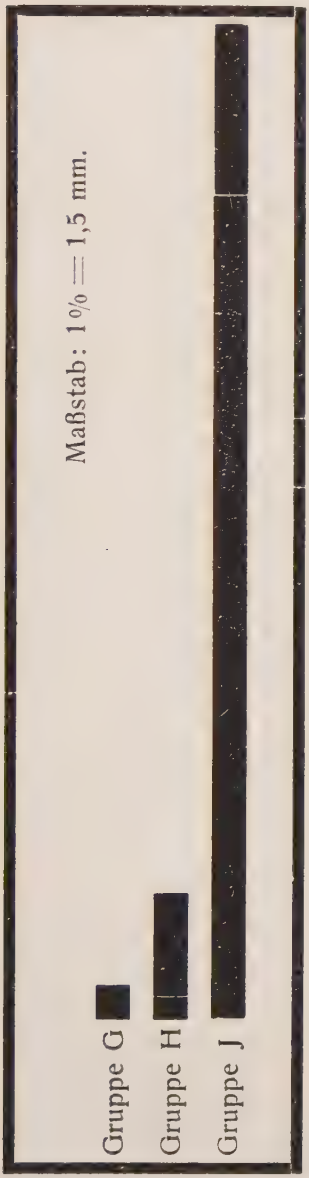
Mit Pyrifer 21 Fälle:

Gruppe C	2 Fälle	= 9,5%
Gruppe D	9 Fälle	= 42,9%
Gruppe F	10 Fälle	= 47,6%
		100,0%



Statistik IV.

Ohne jede Behandlung blieben 39 Fälle:



Gruppe G	1 Fall =	2,5%
Gruppe H	4 Fälle =	10,5%
Gruppe J	34 Fälle =	87,0%
		100,0%

Gruppe A bedeutet volle Remission mit voller Berufsfähigkeit; Gruppe B gute Remission mit voller Beschäftigungsmöglichkeit, doch unter leichten Defekten; Gruppe C Besserung, so daß die Kranken die Anstalt verlassen und als stationäre Paralyse in privater Obhut leben können; Gruppe D unbeeinflußte anstaltsbedürftige Fälle, bei denen aber die Lebensdauer vielfach die durchschnittliche Lebenswertung des unbehandelten Paralytikers überragt; Gruppe E Fälle, in denen im Zusammenhang mit der Malariakur der Tod eintrat; Gruppe F Fälle, in denen im Zusammenhang mit der Pyrifer-Kur der Tod eintrat; Gruppe G Fälle, in denen ohne Behandlung eine Besserung erfolgte, so daß die Kranken die Anstalt verlassen und als stationäre Paralyse in privater Obhut leben können; Gruppe H Fälle, die ohne jede Behandlung als ungeheilt entlassen wurden; Gruppe J Fälle, in denen ohne jede Behandlung der Tod eintrat.

Bei der Beurteilung eines Behandlungserfolges habe ich es in erster Linie auf die im Leben erprobte Berufsfähigkeit ankommen lassen. Denn so wichtig auch die neurologisch-serologischen Untersuchungen für die Beurteilung eines therapeutischen Ergebnisses sind, so wenig können sie uns restlos Aufschluß geben über das geistige Inventar des Untersuchten, über seine reale in-

tellektuelle Leistungsfähigkeit. Auch muß man berücksichtigen, daß es Paralysen ohne positive Liquorbefunde gibt, und daß andererseits von verschiedenen Autoren psychisch weitgehende Remittierte ohne sanierten Liquor und mit noch bestehenden neurologischen Symptomen, die ja durch die Malariabehandlung nicht alle regelmäßig beeinflußbar sind, beobachtet wurden. Und letzten Endes ist die Paralyse doch auch eine Geisteskrankheit, eine schwere Schädigung der Psyche, und diese Seite der Besserung spiegelt sich am besten in der praktischen Verwendbarkeit im Leben, im Tun und Lassen des Kranken außerhalb der Anstalt wieder. Freilich hieße es diese praktische Verwendbarkeit im Leben auf die Spitze treiben, wenn man nur eine sehr gute Remission darin sehen wollte, daß der Kranke auch mit anderen Arbeiten betreut werden kann und nicht nur seiner gewohnten Arbeit wiedergegeben wird. Auch Weygandt hält diese Anforderungen für zu hoch geschraubt und betont, daß tatsächlich wohl kaum 97% aller Menschen, auch die meisten Kaufleute und Juristen, andere als gewohnte Alltagsarbeit leisten, und daß nur eine ganz kleine Auslese, vorwiegend die produktiven Arbeiter, sich leicht für andere Aufgaben umstellen können. Insofern hat eine Einschätzung der Heilerfolge nach dem Grade der Annäherung an die Berufstätigkeit durchaus eine gewisse Berechtigung, und wenn man mit den therapeutischen Zielen im Rahmen der Möglichkeit bleibt, wird man die mit der Fieberbehandlung erreichten Resultate als gute begrüßen dürfen. Daß allerdings meine Statistik nicht so günstig ist wie die Erfolgsstatistiken anderer Autoren, hat seine Ursache in folgenden Gründen:

1. Wir schicken vor Inangriffnahme der Behandlung eine Klassifizierung des Materials nach therapeutisch-prognostischen Gesichtspunkten nicht voraus, sondern behandeln fast ausnahmslos alle Paralytiker, ja selbst sehr weit fortgeschrittene Fälle.

2. Die ausgesprochenen Initialfälle, die in den Kliniken in sehr großer Zahl zur Behandlung kommen, sind in dem Toster-Material verschwindend gering.

Dies hat wiederum eine zweifache Ursache:

Diejenigen an Paralyse leidenden Kranken, die auf Grund ihres größeren Intellekts rechtzeitig die ersten Krankheitserscheinungen bemerken, ziehen stets die Behandlung in einer Klinik oder einem Krankenhause vor und meiden aus einer gewissen Scheu eine Anstalt, da sie in einer solchen nicht eine Heil- und Pflegeanstalt, sondern eine Irrenanstalt sehen, was auf die bis noch vor kurzer Zeit übliche Bezeichnung „Irrenanstalt“ zurückzuführen ist, die aber in keiner Weise dem eigentlichen Sinn und Zweck einer solchen Anstalt gerecht wird und nunmehr glücklicherweise durch die aufklärende Arbeit der in den Anstalten tätigen Ärzte immer

mehr in den Hintergrund gerät. Dadurch werden uns natürlich von den Nervenkliniken und den Nervenabteilungen der Krankenhäuser die frischen, prognostisch günstigen Fälle weggenommen. Für die schlechten Ergebnisse kann auf der anderen Seite das Toster Hinterland (Gruben- und Landarbeiter) mit seiner indolenten Bevölkerung verantwortlich gemacht werden, da sich unser Krankenmaterial berufsmäßig nicht wie das Material einer deutschen Mittelstadt zusammensetzt.

Ich möchte nun in der Folge auf die einzelnen Statistiken selbst eingehen.

Statistik I.

In dieser Statistik handelt es sich um 251 Kranke, die mit Malaria behandelt wurden, d. h. bei denen die Infektion mit Impfmalaria ein positives Ergebnis lieferte. Die 8 Fälle = 3,2% der Gruppe A zeigten eine Remission mit Wiedererlangung der vollen Berufsfähigkeit und ohne irgendwelche Zeichen der bestandenen psychischen Defektuosität. Die Dauerhaftigkeit der erlangten Berufsfähigkeit betrug — soweit diese Fälle in zeitlicher Hinsicht katamnestisch zu erfassen waren — 1½ bis 4 Jahre. Was die klinische Form der Paralyse bei diesen Vollremittierten anbetrifft, so boten diese Fälle ein expansives und ein manisches Bild. Und so sehr von Interesse die Frage nach der Krankheitsdauer in diesen behandelten Fällen war, um so schwieriger, man kann sagen, um so unlösbarer war diese. Bei einem Teil der Kranken war eine Anamnese nicht zu erheben, bei einem anderen waren die katamnestischen Angaben so unsicher, daß man sie nicht verwerten konnte, und nur bei einem einzigen Fall schien die Dauer der Erkrankung zur Zeit des Einsetzens der Behandlung zwischen 2—3 Jahren zu liegen. So konnte auch durch unsere Fälle die Ansicht der meisten Autoren, daß die Frage nach der Krankheitsdauer sehr wichtig, ihre Entscheidung aber um so schwieriger sei, bestätigt werden.

Bei den 29 Fällen = 11,5% der Gruppe B ist die Remission so weit vor sich gegangen, daß die Kranken durchaus geordnet, umgänglich, unauffällig und gesellschaftsfähig wurden und einen relativ beträchtlichen Grad von Arbeitsfähigkeit erlangten; manche dieser Fälle sind in einfachen Berufszweigen erwerbsfähig geworden. Auch bei diesen Kranken war in der Mehrzahl eine sichere Katamnese über die weitere Fortdauer und Gestaltung der Remission nicht zu erheben; bei zwei dieser Fälle hielt die Dauer der wiedererlangten Berufsfähigkeit nur 1½ Jahre an. In klinischer Hinsicht handelte es sich bei diesen Kranken um expansive, manische, manisch-expansive und leicht demente Formen. Hinsichtlich der Krankheitsdauer läßt sich nach einer vorsichtig erfolgten

Verarbeitung der vorhandenen Daten mit einer gewissen Reserve sagen, daß diese bereits länger als vier Jahre zurücklag.

Bei den 72 Fällen = 28,7% der Gruppe C äußerte sich die Remission in einer gewissen Intensitätsabnahme der Demenz und in der Ermöglichung einer Lebensführung in häuslicher oder privater Obhut. Die Krankheitsdauer bei diesen Kranken war eine ausgesprochen lange und lag zwischen 6 Jahren und noch weit darüber hinaus. Klinisch handelte es sich bei diesen Fällen um manisch-expansive und bereits fortgeschrittene demente Formen.

Eine Feststellung scheint mir bei diesen Fällen besonders erwähnenswert: Einige Kranke, die vor der Behandlung als erheblich dement imponierten, wurden in der Remission bedeutend freier und brachten wieder ganz bemerkenswerte Urteilsleistungen auf. Offenbar werden in manchen Krankheitsstadien Defekte dadurch vorgetäuscht, daß die Kranken der Möglichkeit, ihre Fähigkeiten anzuwenden, vorübergehend beraubt werden. Da man aber nicht in der Lage ist, solche scheinbare Defekte von Dauerausfällen zu unterscheiden, braucht einen auch eine erhebliche Demenz keineswegs von einem Behandlungserfolg abzuschrecken. Diese Feststellung steht im Gegensatz zu der Ansicht von Stanojevic, der die Demenz zum Maßstab für die Indikationen und Kontraindikationen macht, und deckt sich auf der anderen Seite mit der Ansicht von Gerstmann, der die Beobachtung gemacht hat, daß der Prozentsatz der Remissionen in den Fällen von einfach dementer Paralyse keineswegs geringer gegenüber den der manischen Form der Paralyse angehörenden Fällen ist.

Nicht unerwähnt will ich noch folgendes lassen: Viele der C-Fälle hätten — was den Behandlungserfolg anbetrifft — der Gruppe B eingereiht werden können, da die erreichten Remissionen weit über die für die Gruppe C aufgestellten Forderungen hinausgehen und derartig ausreichend sind, daß die Kranken in der Lage wären, einem leichten Broterwerb nachzugehen. Daß dem aber nicht so ist, hat seine zweifachen Ursachen: Es ist zur Genüge bekannt, daß bei den fortgeschrittenen Krankheitsformen unmittelbar nach Beendigung der Fieberperiode sich zunächst keinerlei augenscheinliche Besserung geltend macht, daß vielmehr nach Abschluß der Malariainfektion ein in seiner Ausdehnung wechselndes, über mehrere Wochen und nicht selten auch über einige Monate sich erstreckendes Zeitintervall vergeht, bis die ersten deutlichen Zeichen einer Besserung zu Tage treten, oder bis die anfänglich noch in mehr oder weniger geringem Maße ausgeprägte Besserung in weiterer kontinuierlicher Entwicklung zu einem definitiven Grade der erreichbaren Remission gediehen ist. Während dieser Zeitspanne des Einsetzens der Remission läuft das für die Zeit der

Krankheit gewährte Krankengeld ab, und die Familienangehörigen der Erkrankten beantragen, um nicht in wirtschaftliche Not zu geraten, die Invalidenrente. Andererseits wird oft auch noch vor Ablauf der festgesetzten „Krankengeldzeit" vom Arbeitgeber der Antrag auf Invalidisierung des Erkrankten gestellt. Oder das jeweilige Unternehmen lehnt eine Wiedereinstellung des dort früher Beschäftigten, da es sich bei seiner Erkrankung um eine Geisteskrankheit handelt, ab oder gibt dem Kranken zu wissen, daß der von ihm innegehabte Arbeitsplatz für ihn nicht länger frei gehalten werden könne, da die von ihm bisher geleistete Arbeit dem Betrieb fehle und er infolge seiner Geisteskrankheit wohl auch nicht mehr in der Lage sein werde, seinen innegehabten Arbeitsplatz wie bisher auszufüllen. So steht der Wiedereinstellung der remittierten Paralytiker einerseits die allzu vorzeitige und weitherzige Invalidisierung — worauf auch schon K o e s t e r hingewiesen hat — andererseits die Begleiterscheinungen unseres Zeitalters, in dem das Tempo und die Rekordleistungen vorherrschen, und nicht zuletzt das noch immer unbesiegte Mißtrauen weiter Kreise, das leider jedem remittierten Paralytiker entgegengebracht wird, entgegen. Aufgabe eines jeden Psychiaters wäre es daher, dieses Mißtrauen nicht noch zu erhöhen, sondern an seinem Abbau mitzuarbeiten. Doch soll meine geäußerte Ansicht nicht dahin mißverstanden werden, daß behandelte Paralytiker, selbst wenn sie nichts Besonderes mehr bieten, jedem Beruf zugeführt werden können; im Gegenteil, verantwortliche Berufe, bei denen von rascher Entscheidung Menschenleben abhängen, oder die sonst mit großer Verantwortung verbunden sind, sind — worauf schon L a n g e l ü d d e k e und W e y g a n d t und andere Autoren hingewiesen haben — auch geheilt scheinenden Paralytikern zu verbieten. Dagegen könnten, was ich nochmals betonen möchte, leichte und wenig verantwortungtragende Stellen den remittierten Paralytikern mehr als bisher übertragen werden, wodurch mancher wieder in die Lage käme, sich das tägliche Brot zu verdienen. Durch diese weitherzige und doch genaue Wertung bei der Einstellung in die einzelnen Berufe würde der Prozentsatz der wieder beschäftigten Paralytiker steigen, und dadurch auch die Prognose der mit Malaria behandelten Paralytiker noch viel günstiger werden.

Bei den 86 Fällen = 34,3% der Gruppe D handelt es sich um Fälle, die unbeeinflußt und weiter anstaltspflegebedürftig blieben, bei denen aber die Lebensdauer um ein weites die durchschnittliche Lebenswertung der unbehandelten Paralytiker überragt. Die Krankheitsdauer bei diesen Kranken lag zwischen 8—12 Jahren, bei einigen betrug diese sogar 16 Jahre und darüber. In körperlicher Hinsicht zeigten diese Kranken einen leidlichen Ernährungs-

und Kräftezustand, in psychischer handelte es sich bei ihnen um weit fortgeschrittene, senile und mit motorischer Unruhe einhergehende Paralysen. Wir waren uns bei diesen mit psychomotorischer Unruhe und unbefriedigendem Ernährungs- und Kräftezustand einhergehenden Fällen von vornherein klar, daß sie eine wesentliche Verschlechterung der Remissionschancen abgeben werden. Trotzdem haben wir bei diesen Kranken die Malariafieberbehandlung durchgeführt in der Überzeugung, daß diese die einzige Therapie sei, die der sonst unweigerlich zum Tode führenden Paralyse — was noch im folgenden Teil näher ausgeführt wird — Einhalt gebieten könne. Dies haben wir auch tatsächlich bei allen Patienten erreicht. Die Exacerbationen klangen ab, und die Besserungen hielten und halten bei vielen noch heute an. Gewiß wird man jetzt einwenden, daß wir damit nur eine Besserung der Verschlimmerung, nicht aber eine Besserung der eigentlichen Krankheit erzielt haben. Und selbst wenn man bei dieser konstruktiven Auffassung bliebe, so wäre immerhin auch das schon ein Erfolg, den wir bei anderen Krankheiten hochschätzen. Warum soll aber diese Hochschätzung dem Erfolg bei der Geisteskrankheit Paralyse versagt bleiben? Sind doch die Patienten selbst auch über bescheidene Heilerfolge und über die Lebensverlängerung, selbst unter Beschwerden, meist glücklich. Trotz allem aber könnte jetzt die Frage laut werden, ob wir nicht bei diesen Kranken ein lebensunwertes Leben verlängert haben. So sehr auch die theoretische Berechtigung besteht, ob und inwieweit ein lebensunwertes Leben zu erhalten ist, so sehr ist der Arzt an gewisse ethische Forderungen gebunden und verpflichtet, gleichviel unter welchen Umständen, Leben zu erhalten und zu verlängern, solange nicht bestimmte gesetzliche Vorschriften erscheinen.

Und wollten beim Lesen meiner Ausführungen einige nie zu belehrende Skeptiker als ihren letzten Trumpf soziale Erwägungen nach der Richtung ausspielen, daß rein sozial gesehen der glänzende ärztliche Triumph der modernen Paralysebehandlung seine Kehrseite darin habe, daß die wenigen praktisch geheilten Fälle sozial keine Rolle spielen gegenüber der die Allgemeinheit schwer belastenden Tatsache, daß es jetzt eine chronische Paralyse gibt, diesen Skeptikern, von denen es glücklicherweise verschwindend wenige gibt, sei gesagt, daß derartige soziale Erwägungen dem ärztlichen Denken noch mehr als f r e m d sind, und es nur aufs tiefste zu bedauern sei, daß derartige Erwägungen in einem ä r z t l i c h e n Hirn Platz und Raum finden können.

Und bei den 56 Fällen = 22,3% der Gruppe E handelt es sich um solche Kranke, bei denen im Zusammenhang mit der Malariakur der Tod eintrat. Bei diesen Patienten, bei denen bereits der de-

struktive Charakter der paralytischen Krankheitsvorgänge erkennbar war, sahen wir schon bei der Einleitung der Malariafieberbehandlung einen ungünstigen Ausgang voraus. Und doch leiteten wir aus den oben ausführlich dargelegten Gründen die Therapie ein. Und daß unsere Erwägungen in bezug auf unser therapeutisches Handeln und dessen Erfolge bei der Paralyse keine falschen waren, beweist der Vergleich zwischen den unbeeinflußten anstaltspflegebedürftigen und den gestorbenen Kranken, deren Prozentsatz 34,3: 22,3% beträgt. Der Tod trat bei diesen Patienten teils während des Malariafiebers, teils nach dem medikamentösen Abschluß der Infektion ein. Die unmittelbare Todesursache waren in diesen Fällen interkurrente Begleiterscheinungen (Marasmus, Pneumonie, Herzinsuffizienz u. dgl.) und Krankheitsvorgänge, die auf den unbeeinflußten paralytischen Krankheitsprozeß zurückzuführen waren (Gehirnschlag, gehäufte paralytische Anfälle nach Art des Status epilepticus und weit fortschreitende paralytische Geschwüre mit allmählichem körperlichen Zerfall). Einen direkt durch die Malariainfektion bedingten Exitus haben wir nicht beobachtet. Inwieweit aber in dem einen oder in dem anderen Falle die Infektion indirekt eine determinierende Grundlage für den letalen Ausgang abgegeben hat, ist weder in positivem noch in negativem Sinne mit Sicherheit zu entscheiden. Wie dem aber auch sei, diese Kranken waren sowieso dem Tode geweiht und wären früher oder später doch zum Exitus gekommen.

Statistik II.

In dieser Statistik handelt es sich um 23 Kranke, bei denen die Impfmalaria vorzeitig, d. h. ohne das erforderliche Fieberausmaß, das sich als Dosis curativa et tolerata erwiesen hat, sistierte und durch provokatorische Maßnahmen nicht wieder ausgelöst werden konnte, so daß die Fieberkur durch Pyrifer fortgesetzt werden mußte. Das Resultat dieser Kombiniertbehandelten war folgendes: 3 Fälle = 13,0%, die klinisch ein expansives und manisch-expansives Bild boten, und bei denen die Krankheitsdauer noch nicht allzu lange Zeit (3—4 Jahre) zurücklag, wurden geordnet, umgänglich und gesellschaftsfähig und erlangten einen verhältnismäßig beträchtlichen Grad von Arbeitsfähigkeit. Bei 12 Fällen = 52,2%, deren Dauer der Erkrankung bereits fortgeschrittener war, ließen die akuten Erscheinungen bis zu einem gewissen Grade nach, und der Demenzzustand erreichte eine solch relative Intensitätsabnahme, daß die Kranken ihrer häuslichen Umgebung wieder zurückgegeben werden konnten. 5 Kranke = 21,8%, die körperlich reduziert und psychisch stark motorisch unruhig, paranoid und

zum Teil schon verblödet waren, blieben anstaltspflegebedürftig. Und die restlichen 3 Fälle = 13,0%, bei denen bereits in körperlicher wie in psychischer Hinsicht der Endzustand des paralytischen Krankheitsprozesses vorlag, kamen zum Exitus.

Bei diesen Fällen wird man den relativ guten Erfolg einzig und allein auf die Malariafieberbehandlung zurückführen müssen, weil diese Kranken eine Fieberhandlung bereits erfolgreich durchgemacht hatten und auch die Reinfektion ein Fieberausmaß hatte, das hart an der Grenze der Dosis curativa stand, und die Fieberkur mit Pyrifer nur deswegen fortgesetzt wurde, um das erforderliche, empirisch erprobte Ausmaß der Fieberanfälle einzuhalten.

An der Hand dieser Kombiniertbehandelten sei nun noch einiges zur Frage der Immunität und Reinfektion bei der Impfmalaria gesagt:

Die Beobachtung unserer Fälle ergab, daß die Impfmalaria keine absolute und insbesondere keine dauernde Immunität gegenüber einer — nach völliger Koupierung der Erstinfektion erfolgenden — Neuinfektion hinterläßt. Dagegen hat es sich gezeigt, daß die späteren Impfmalariainfektionen in der Mehrzahl einen milderen Verlauf in bezug auf die Temperaturanstiege, die nicht die Höhe der Fieberkurven der ersten Infektion erreichten, und auf die klinischen Erscheinungen, die relativ leichter waren, aufwiesen. Ferner war die Inkubationsdauer verlängert, und die Fieberanfälle hatten weit häufiger als bei der Erstinfektion einen tertianen Typus. Weiter kam es bei allen Fällen zu einer Selbstimmunisierung nach 2—6 Zacken, und das spontane Aufhören des Malariafiebers konnte durch provokatorische Maßnahmen nicht wieder in Gang gebracht werden, was man bei den Erstinfektionen so gut wie immer erreicht, falls es zu einem spontanen Sistieren des Fiebers kommt, ein Ereignis, das jedoch sehr selten ist.

Diese veränderte Reaktionsweise des Organismus auf die abermalige Malariaimpfung bzw. die geschilderte Abweichung des Verlaufes der zweiten Impfmalariainfektion gegenüber dem Verhalten der ersten Infektion konnte nicht bei allen Reinfektionsfällen in gleichem Ausmaße beobachtet werden. Sie war weniger stark ausgeprägt in Fällen, bei denen die Reinfektion ein Jahr und weniger nach Überstehen der ersten Impfmalaria erfolgte und trat besonders stark zutage bei jenen Reinfektionen, die nach einer Zeitspanne von mehr als 1 Jahr und darüber stattfanden.

Im Vorstehenden habe ich die Resultate der Kombiniertbehandelten erörtert. In diesem Zusammenhang liegt nun die Frage nahe, welche Erfolge man mit der Pyriferbehandlung allein erzielt. Dies soll in der folgenden Statistik kurz gezeigt werden.

Statistik III.

Von unserem Gesamtparalysematerial wurden 21 Kranke mit Pyrifer behandelt. Die 2 C-Fälle wurden so weit gebessert, daß sie in häusliche Pflege entlassen werden konnten. Doch lag bei diesen Kranken die Krankheitsdauer noch nicht allzu lange Zeit zurück, und außerdem war das klinische Bild ein solches, daß man günstigere Erfolge von der Behandlung erwarten konnte, die man unter diesen Voraussetzungen mit der Impfmalaria auch tatsächlich erzielt, was die Fälle der Statistik I gezeigt haben. Ebenso verhielt es sich mit den 9 D- und 10 F-Fällen, die weiter anstaltsbedürftig geblieben bzw. innerhalb der Kur gestorben sind. Diese Fälle lagen freilich so, daß man in psychischer Hinsicht keine allzu großen Erfolge erwarten, dagegen Besserungen in somatischer Hinsicht erhoffen konnte. Diese Hoffnungen erfüllten sich nicht ganz, denn es zeigte sich, daß mit der Pyriferbehandlung eine Besserung der Verschlimmerung nicht in dem Maße erreicht wurde wie mit der Impfmalariabehandlung, so daß manche Kranke ad exitum kamen, die sich noch lange des Lebens hätten erfreuen können.

Diese gemachten Beobachtungen lassen den Schluß zu, daß man einzig und allein mit der Impfmalariabehandlung sowohl in psychischer wie in körperlicher Hinsicht gute bzw. zufriedenstellende Erfolge erzielt. Deshalb sollte man mit der Indikationsstellung zur Impfmalariabehandlung nicht zu engherzig verfahren und bei einem so schweren und sonst so wenig zu beeinflussenden Leiden, wie es die Paralyse ist, doch einiges Risiko in Kauf nehmen und nur die Fälle ausschließen, die von vornherein aussichtslos bzw. kontraindiziert sind, um nicht dadurch diese Methode in Mißkredit zu bringen, die gegenwärtig das beste und erfolgreichste Behandlungsverfahren bei der progressiven Paralyse darstellt.

Statistik IV.

In dieser Statistik handelt es sich um 39 Fälle, die völlig unbehandelt geblieben sind. Bei dem 1 G-Fall und den 4 H-Fällen, die zwar noch rechtzeitig zur Aufnahme kamen und trotzdem nicht behandelt wurden, war der Grund der Nichtbehandlung der, daß eine Behandlung von den Kranken selbst bzw. deren Angehörigen trotz eingehendster Vorstellungen abgelehnt wurde. Dieser bedauerlichen Feststellung steht die erfreuliche Tatsache gegenüber, daß es sich bei diesen jede Therapie ablehnenden Kranken nur um eine verschwindend geringe Zahl handelt, während die überwiegende Mehrzahl der Kranken nicht nur ihre Einwilligung zur Malariafieberbehandlung gaben, sondern auch viele in psychologisch verständlicher Weise sogar auf eine Behandlung drängten.

Bei den übrigen 34 Kranken hatte sich der paralytische Krankheitsprozeß infolge erfolgter Nichtbehandlung bereits derart destruierend ausgewirkt, daß eine Malariafieberbehandlung von vornherein aussichtslos, ja sogar kontraindiziert war. Wie war nun der Ausgang der jede Behandlung ablehnenden Paralytiker?

Bei dem G-Fall, bei dem klinisch und serologisch einwandfrei eine progressive Paralyse festgestellt wurde und der in psychischer Hinsicht eine psychomotorische Unruhe bot und massenhaft Wahnideen produzierte, trat während des Anstaltsaufenthaltes eine zunehmende körperliche und psychische Besserung ein, so daß die Angehörigen den Kranken in häusliche Obhut nehmen konnten. Hat es sich in diesem Falle um eine Spontanremission gehandelt? Um diese Frage bejahen zu können, wäre von entscheidender Bedeutung zu wissen, wie das Bild des Kranken in der folgenden Zeit war. Die katamnestischen Erhebungen, die sich allerdings nur für eine kurze Zeitspanne erheben ließen, ergaben, daß auch weiterhin eine Verschlechterung im Befinden nicht eingetreten sein sollte. Trotz allem glaube ich, daß in diesem Falle die Besserung in bezug auf den paralytischen Krankheitsprozeß als solchen nur eine scheinbare war, und daß er in gleichmäßig ansteigender Kurve unbemerkt und schleichend fortgeschritten ist. So gibt auch Kraepelin an, daß Paralysefälle, die länger als 2—3 Jahre annähernd gesund bleiben, als vereinzelte Ausnahmen anzusehen sind. Für diese Tatsache spricht endlich, daß Spontanremissionen außerordentlich seltene Vorkommnisse sind und es sich in den spärlichen Veröffentlichungen über derartige Spontanremissionen lediglich nur um kasuistische Raritäten handelt.

Die 4 H-Fälle waren körperlich leidlich gut komponiert, und auch das klinische Bild bot gewisse Remissionschancen, doch wurden diese Kranken, da sie selbst bzw. ihre Angehörigen die Malariafieberbehandlung abgelehnt haben, in unverändertem Zustand als ungeheilt gegen Revers entlassen. Über ihr weiteres Schicksal konnten wir nichts in Erfahrung bringen. Doch wie wird wohl dieses gewesen sein? Ein langsames, elendes Dahinsiechen und schließlich ein qualvolles Ende, wie wir es bei den restlichen 34 J-Fällen beobachten konnten.

Bei diesen Kranken hatte der paralytische Krankheitsprozeß bereits solche Ausmaße angenommen, daß eine Malariafieberbehandlung nicht nur aussichtslos war, sondern überhaupt nicht mehr vorgenommen werden konnte. Geistig und körperlich verfallen, kamen diese Kranken zur Aufnahme, und unaufhaltsam schritt der Verfallsprozeß dem letalen Ende zu: Unbesinnlich und reaktionslos lagen sie zu Bett und vermochten die einfachsten Vorgänge nicht mehr aufzufassen. Die Sprache war bis auf einige, schwer

verständliche Reste verödet. Die paralytischen Geschwüre ergriffen einen Körperteil nach dem anderen, so daß diese armen Opfer buchstäblich dahinfaulten. Stuhl und Urin wurden ins Bett entleert. Die Nahrung mußte ihnen unter größten Schwierigkeiten eingegeben werden. Hin und wieder traten schwache Erregungszustände auf, nach denen die Kranken wieder in ihre frühere Stumpfheit verfielen. Schließlich gingen sie an dem immer mehr zunehmenden Marasmus oder an einer noch hinzugetretenen interkurierenden Krankheit zu Grunde, oder aber die paralytischen Anfälle reihten sich in einer ununterbrochenen Kette aneinander, bis endlich in einem solchen der Tod eintrat und sie von ihrem qualvollen Leiden erlöste.

Ich habe den Endausgang der unbehandelten Paralytiker deshalb einigermaßen ausführlich geschildert, weil solche Bilder des Entsetzens in den Nervenabteilungen der Krankenhäuser nicht beobachtet werden, da Paralytiker in einem solch fortgeschrittenen und elenden Zustande sofort als reine Pflegefälle in eine Heil- und Pflegeanstalt abgeschoben werden bzw. in den oben genannten Anstalten erst nicht zur Aufnahme kommen.

Die Sichtung des Krankenmaterials nach der Lebensdauer der einzelnen Kranken ergab, daß diese weit unter dem Durchschnitt der behandelten unbeeinflußten und weiter anstaltspflegebedürftigen Kranken lag.

Diese Fälle zeigen klar und eindeutig, daß die unbehandelte Paralyse eine Todeskrankheit, und daß andererseits nur die Malariafieberbehandlung die einzige Therapie ist, die Einhalt gebieten kann! Eine neurologische und psychiatrische Abteilung würde sich ohne Malariatherapie selbst des wertvollsten therapeutischen Machtfaktors berauben. Dem Entdecker gebührt der Dank der ganzen Menschheit für diese medizinische Großtat.

IV. Gesamtübersicht.

Die progressive Paralyse, der wir viele Jahre machtlos gegenüber standen, kann heute keineswegs mehr als unheilbar angesehen werden. Die Malariafieberbehandlung hat dieser sonst unweigerlich zum Tode führenden Krankheit Einhalt geboten und sich noch weit darüber hinaus als das gegenwärtig beste und erfolgreichste Behandlungsverfahren erwiesen. Selbst bei unserem Anstaltsmaterial, das zum größten Teil aus fortgeschrittenen Fällen besteht, ist ein zufriedenstellender Behandlungserfolg feststellbar. Es hängt nur der Grad der Beeinflußbarkeit durch die Therapie von der Dauer und vom Stadium der Erkrankung ab. Daher muß als oberstes Prinzip gelten, Paralytiker in möglichst frühem Stadium zu

erfassen und der Malariakur zuzuführen. Ferner hat die Auswertung unserer behandelten Fälle ergeben, daß die Prognose der mit Malaria behandelten Paralyse noch günstiger wäre, wenn man

1. bei der Einstellung in die einzelnen Berufe eine weitherzigere und doch genaue Wertung an den Tag legen,
2. den behandelten Paralytikern mehr Vertrauen entgegenbringen
3. und schließlich mit den therapeutischen Zielen im Rahmen der Möglichkeit bleiben würde.

Möge sich endlich unsere schnellebige Zeit bei der Prognosewertung erinnern, wie hoffnungsarm man vor der Malaria-Ära der Paralysebehandlung gegenüberstand. Der Vergleich zwischen damals und heute gibt das Recht zu sagen, daß das Verdienst von Wagner-Jaureggs, durch die Einführung der Malariabehandlung die Infektionstherapie der Paralyse geschaffen zu haben, ein bleibendes ist.

Zum Schluß der Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Reichardt, Direktor der Psychiatrischen- und Nervenklinik der Universität in Würzburg, für die Stellung des Themas und Herrn Landesobermedizinalrat Dr. Herzberg, Leiter der Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Tost O.-S., für die Zurverfügungstellung des Krankenmaterials meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Vorstehende Dissertation habe ich in der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Tost O.-S. ausgearbeitet. Ich versichere ehrenwörtlich deren selbständige Abfassung, sowie daß eine Hilfe nicht stattgefunden hat.

Tost O.-S., den 25. September 1938.

Josef Gladisch,
Assistenzarzt
an der Landes-Heil- und Pflegeanstalt.

Schrifttum.

Baender: Untersuchungen über Remissionen bei progressiver Paralyse im besonderen nach Malariabehandlung. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 100 H. 2/3. 1926.

Bostroem: Über praktische Gesichtspunkte bei der Beurteilung der Remissionen, mit Krankendemonstrationen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 85. 1927—29.

Friedländer: Irrungen und Wandlungen. Münch. med. Wschr. 1925, 906.

Gerstmann: Der jetzige Stand der Malariatherapie der progressiven Paralyse, mit spezieller Berücksichtigung neuer Erfahrungen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 79. 1923.

— Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse. J. Springer.

— Untersuchungen über die Wirkungsweise der Malariabehandlung im Frühstadium der progressiven Paralyse. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 88. 1928.

Herschmann: Aussprache zu dem Vortrag von Koester. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 96. 1932.

Jakob: Malariabehandlung der Paralyse. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 81. 1925.

Kasparek: Ergebnis der Malariabehandlung in der städtischen Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke Breslau. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 85. 1927—29.

Kihn: Über eigene Erfahrungen mit der Infektionsbehandlung der Paralyse. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. 72. 1924.

Kirschbaum: Über Malaria- und Rekurrensfieberbehandlung bei progressiver Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 75. 1922.

Koester: Über die nach sozialen Gesichtspunkten erfolgten Untersuchungen der unter meiner Fürsorge stehenden, behandelten Paralytiker. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 96. 1932.

Kraepelin: Psychiatrie. 8. Auflage. 1. Teil.

Lachmund: Aussprache zu dem Vortrag von Frenzdorf. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 81. 1925.

Mühlens u. Weygandt: Zur Behandlung der Paralyse. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76. 1920—21.

Nonne: Persönliche Erfahrungen über die Behandlung der Paralyse und Tabes dorsalis mit Malariainfektion. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 83. 1926—29.

Pönitz: Der defektgeheilte Paralytiker. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 88. 1928.

Rosenfeld-Ritterhaus-Langelüddeke-Weygandt: Aussprache zu dem Vortrag von Nonne. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 83. 1926—29.

Stanojevic: Über den Einfluß der Fiebertherapie auf die Assoziationen der Paralytiker. Vortrag a. d. 88. Vers. Dtsch. Naturf. u. Ärzte. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 40.

Thoma: Beitrag zur Behandlung der progressiven Paralyse aus der badischen Heil- und Pflegeanstalt Illenau. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 85 1927—29.

Wagner v. Jauregg-Plaut: Diskussion zu den Referaten und zum Vortrag Kihn. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 85. 1927—29.

Warstadt: Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse. C. Marhold.

— Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse. Psych.-neurolog. Wschr. Nr. 39—44.

Weeber: Diskussion zu den Referaten und zum Vortrag von Kihn. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 85. 1927—29.

Weygandt: Zur Malariabehandlung der Paralyse. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 79. 1923.

— Der Kampf gegen die progressive Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 76. 1926.

— Der heutige Stand der Behandlung der Metalues. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 96.

Zschocke: 10 Jahre Fieberbehandlung der progressiven Paralyse an der Psychiatrischen Klinik Freiburg. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 106. 1933.

Lebenslauf.

Ich, Josef Gladisch, bin am 14. August 1906 in Hultschin, Krs. Ratibor O.-S., als Sohn des Gerichtssekretärs Karl Gladisch und dessen Ehefrau Elisabeth, geb. Pipperek geboren. Ich bin arischer Abstammung, besitze die deutsche Reichsangehörigkeit und bin katholischer Konfession.

Nach meiner Volksschulausbildung besuchte ich die humanistischen Gymnasien in Ratibor O.-S. und Frankenstein/Schles., das ich Ostern 1929 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Hierauf widmete ich mich dem Studium der Medizin an der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau, wo ich am 24. 1. 1935 mein Staatsexamen ablegte.

Mein praktisches Jahr verbrachte ich von Februar bis Oktober 1935 an der Psychiatrischen- und Nervenklinik der Universität zu Breslau und von Oktober 1935 bis Februar 1936 an dem Städt. Säuglings- und Kleinkinderkrankenhaus ebendaselbst.

Die ärztliche Approbation erhielt ich mit Wirkung vom 15. Februar 1936.

Seit dem 21. Juli 1936 bin ich als Assistenzarzt an der Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Tost O.-S. tätig.